

# **GE\_GERICHTE ATAS/570/2025 vom 24. Juli 2025**

GE Cour de justice, 2025-07-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_570\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_570_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/570/2025 du 24 juillet 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/570/2025 del 24 luglio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 1.3**

La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

### **E. 1.4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

## **E. 2**

L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de n'augmenter la demi- rente allouée à l'assurée à une rente entière que pour une période limitée du 1er août au 30 novembre 2022.

A/2226/2024 - 7/18 -

### **E. 3.1**

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du

20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGa, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGa) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

### **E. 3.2**

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1er janvier 2022. Toutefois, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88a RAI, à compter de cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. On rappellera déjà que lorsqu'un droit à la rente a pris naissance antérieurement au 1er janvier 2022, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, pour les bénéficiaires de rente qui n'avaient pas encore 55 ans à cette date, conformément à la let. b des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020 (ci-après : dispositions transitoires de la LAI). Pour ces assurés, l'ancien système de rente est maintenu jusqu'au moment où, lors d'une révision, le taux d'invalidité subit une modification d'au moins 5 points de

A/2226/2024 - 8/18 - pourcentage (cf. art. 17 al. 1 LPGa) et si cette modification comporte soit une augmentation du taux d'invalidité qui a pour effet une augmentation de la quotité de la rente, soit une diminution du taux d'invalidité qui a pour effet une diminution de la quotité de la rente (cf. let. b al. 1 et 2 dispositions transitoires de la LAI). Dans ce cas, la fraction de la rente est adaptée aux nouvelles dispositions et transférée dans le nouveau système de rentes linéaire. En revanche, si la modification du taux d'invalidité n'atteint pas 5 points de pourcentage, il n'y a pas révision ; le taux d'invalidité reste inchangé et l'assuré conserve son droit à la rente en l'état, à savoir soumis aux dispositions de l'ancien droit. Tel est également le cas si la modification du taux d'invalidité est supérieure ou égale à

### **E. 5**

juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_231/2016 du 1er juin 2016 consid. 2.1). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen

ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1er juin 2016 consid. 4.3 ; cf. également 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références). 4.4 Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références). 4.5 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

A/2226/2024 - 10/18 -

### **E. 5.1**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

### **E. 5.2**

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du

### **E. 5.3**

Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue

d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au nombre desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

#### **E. 5.4**

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible

A/2226/2024 - 11/18 - d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

#### **E. 5.5**

Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

#### **E. 5.6**

Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la

A/2226/2024 - 12/18 - prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références). Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références). 6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier

l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

A/2226/2024 - 13/18 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et,

A/2226/2024 - 14/18 - par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal

fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence). 6.2 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 7. En l'espèce, l'aggravation transitoire ayant justifié l'octroi d'une demi-rente en lieu et place d'une rente entière à compter du 1er août 2022 n'est pas contestée par les parties. La recourante conteste en revanche le retour à une demi-rente à compter du 1er décembre 2022, soit trois mois après l'amélioration invoquée par l'intimé. La recourante argue principalement que, jusqu'en janvier 2023, le suivi ambulatoire auprès de la clinique I\_\_\_\_\_ l'empêchait matériellement d'exercer une activité à mi-temps, argument écarté par l'intimé sur la base de l'avis des experts et du SMR. La recourante semble également contester, de manière générale, la capacité de travail de 50% reconnue par l'intimé, au-delà même de la période de suivi ambulatoire. À cet égard, il convient d'examiner d'abord la valeur probante de l'expertise réalisée en novembre 2023. On notera que le rapport remplit formellement tous les réquisits jurisprudentiels, en ce sens qu'il se fonde sur une anamnèse détaillée,

A/2226/2024 - 15/18 - des examens cliniques de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a au surplus été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. Quant au fond, les experts ont dûment motivé leurs conclusions. L'examen rhumatologique a été qualifié d'identique à celui pratiqué en janvier 2019, dont l'expert rhumatologue a indiqué rejoindre l'intégralité des conclusions. La fibromyalgie a été confirmée. Il a été constaté que la connectivite indifférenciée était stable depuis de nombreuses années et ce, sans aucun traitement. L'expert en a tiré la conclusion que l'état rhumatologique de l'assurée ne justifiait en l'état aucune mesure thérapeutique. La capacité de travail, d'un point de vue rhumatologique, que ce soit dans une activité adaptée ou dans l'activité habituelle, était de 100% depuis toujours, sans aucune restriction. À cet égard, la Cour de céans constate, à l'instar du SMR, dans son avis du 7 juin 2023, que le rapport émanant de son médecin traitant n'amène aucun élément permettant de s'écarter des conclusions de l'expert rhumatologue. En effet, la Dre C\_\_\_\_\_ confirme que l'état de santé somatique de sa patiente n'a que peu évolué depuis 2012, corroborant ainsi les constatations de l'expert quant à un état superposable à celui ayant fait l'objet de l'expertise de janvier 2019. En définitive, le médecin traitant, en concluant à une capacité de travail fortement limitée de sa patiente, ne fait qu'émettre un avis divergeant fondé sur un même état de fait. Au plan psychiatrique, l'expert a pris acte du fait que

l'assurée a été hospitalisée en mars 2022 en admission volontaire à la clinique I\_\_\_\_\_ avec un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode sévère. À cet égard, il a néanmoins relevé que le dosage du traitement de Saroten prescrit à la sortie de l'assurée était inférieur à celui recommandé pour le traitement de la dépression et donc incohérent – tout comme la description clinique – avec un diagnostic aussi sévère que celui d'épisode dépressif sévère. Il a souligné par ailleurs que le TDAH n'avait empêché l'assurée ni d'obtenir son certificat fédéral de capacité, ni de se former en cours d'emploi à la comptabilité, ni encore de travailler de nombreuses années. À l'examen clinique, ni symptôme dépressif d'une sévérité significative, ni tristesse, ni ralentissement psychomoteur, ni trouble de la concentration ou de l'attention n'ont été observés, raison pour laquelle le trouble a été jugé en rémission complète. Là encore, les conclusions de l'expert psychiatre rejoignent celles de l'expert précédent : en 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ avait également constaté l'absence de la moindre atteinte psychique invalidante. Comme relevé par l'expert, les conclusions de la Dre H\_\_\_\_\_, tant au niveau des diagnostics retenus que de l'incapacité totale de travail alléguée, n'apparaissent pas de nature à s'écarter des conclusions de l'expertise, vu les incohérences relevées par l'expert. D'autant moins que le rapport de sortie fait état d'une thymie plus stable et d'une tristesse en diminution et que l'expert n'a pour sa part retrouvé aucun symptôme d'une maladie psychique invalidante. La recourante elle-même,

A/2226/2024 - 16/18 - d'ailleurs, indique que ce sont avant tout les troubles somatiques qui la handicapent dans son quotidien. Cela étant, les experts ont noté l'absence de limitations uniformes du niveau des activités chez une assurée « aux normes » dans toutes les tâches de la vie quotidienne, la gestion de ses tâches administratives et de son budget, décrivant une semaine pleine d'activités – que ce soit des activités de soins, distractives ou de loisirs –, participant à de nombreuses réunions, faisant régulièrement du bénévolat, de la méditation, du yoga, des promenades, du badminton, de la balnéothérapie et fréquentant l'hôpital de jour une fois par semaine. L'assurée a expliqué rencontrer des amis, faire des massages, du bricolage et de la peinture, regarder des vidéos, notamment scientifiques, et utiliser un télescope. Il a été constaté qu'elle était autonome dans ses déplacements et s'était même remise à conduire sa voiture. Sur la base du descriptif de la journée type, de l'examen clinique et de l'anamnèse, l'expert psychiatre a conclu à l'absence de toute perte de fonctionnalité de nature psychiatrique. Les experts ont souligné par ailleurs que l'assurée disposait de ressources, tant internes (l'assurée a réussi à se sevrer de plusieurs substances dont elle était dépendante, elle a démontré ses facultés d'apprendre en travaillant et son intérêt pour de nombreux domaines) qu'externes (elle peut compter sur ses parents, l'un de ses frères, une amie et sa psychiatre, et entretient de nombreux contacts et relations). Le SMR, dans un avis dûment documenté et argumenté, a expliqué les raisons pour lesquelles il s'écarterait malgré tout, en faveur de la recourante, de l'évaluation par les experts de sa capacité de travail. Il a estimé que l'état de la recourante, considéré dans sa globalité et en tenant également compte de l'endométriose sévère dont souffre l'assurée, devait permettre d'admettre une réduction de sa capacité de travail de 50%, tout comme antérieurement à son hospitalisation, consécutive à une décompensation psychique transitoire et désormais en complète rémission. Cette argumentation, dont on rappellera une fois encore qu'elle est favorable à l'assurée, ne prête pas flanc à la critique. Reste à considérer la date à partir de laquelle il convient d'admettre que la situation est revenue à son état antérieur. L'intimé considère que cela remonte à la sortie de clinique de la recourante, alors que cette dernière soutient que ce retour à l'état antérieur n'a pu se faire qu'à l'issue du suivi ambulatoire qui a

succédé à son hospitalisation. Cela étant, ainsi que le font remarquer l'intimé et le SMR, l'assurée avait bel et bien retrouvé ses facultés et ses ressources à sa sortie, compte tenu de l'état décrit dans le rapport y relatif. Certes, un suivi a été mis en place durant trois, puis deux jours par semaine jusqu'en janvier 2023, mais cela, à sa demande. Ainsi que le relève le SMR, il ressort du rapport d'hospitalisation de la clinique I\_\_\_\_\_ que c'est à la demande de l'assurée et en l'absence de danger immédiat qu'elle est

A/2226/2024 - 17/18 - sortie définitivement le 27 août 2022. La prise en charge à l'hôpital de jour a également été organisée à sa demande. L'expert psychiatre a confirmé qu'au moment de la sortie, il y avait une tendance à la normalisation de la thymie, une amélioration de la qualité du sommeil, ainsi qu'une participation dynamique aux activités de soins proposées dans le cadre du groupe d'entraide, d'ergothérapie et de sport. Dans ces circonstances, la Cour de céans partage l'avis du SMR selon lequel on ne peut retenir la période de suivi ambulatoire comme incapacitante. Dans ces conditions, la décision de l'intimé de limiter l'augmentation transitoire de la rente au 30 novembre 2022 n'apparaît pas critiquable. 8. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

\*\*\*

A/2226/2024 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

#### **E. 9**

avril 2001 consid. 1).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.